Rok XXXVII. Kraków 9 Kwietnia 1898. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej prof. Becka we Lwowie.

Przyczynek do nauki o nerwach odżywczych (troficznych)

podali

Dr. G. Bikeles

i

Dr. A Jasiński,

asystent Zakładu fizyologicznego we Lwowie.

Po uszkodzeniu lub przecięciu nerwów obwodowych, korzonków tylnych, lub wreszcie samego rdzenia u zwierząt, występują częstokroć, jak wiadomo, zmiany w skórze, jako to: wrzody, wypadanie włosów itp. Również już oddawna spostrzegano u człowieka, w cierpieniach nerwowych, rozmaite zboczenia w stanie skóry i stawów; wiadomo n. p., że w przebiegu wiądu rdzenia pac. występuje cierpienie stawów (arthropathia), niekiedy wypadanie niezepsutych zębów; w innych znowu chorobach zmiany w paznogciach itd.

Spostrzeżenia te dały powód do przypuszczenia, że istnieją osobne nerwy odżywcze (troficzne), których czynność oczywiście ustaje po ich uszkodzeniu i to jest przyczyna rozmaitych zboczeń w narządach, w których nerwy te się kończą.

Prace doświadczalne, w celu wyszukania wpływów odżywczych (troficznych), datują się od czasów bardzo dawnych. Jednym z pierwszych, który jeszcze w roku 1823, przeciąwszy nerw trójdzielny (nervus trigeminus) w jamie czaszkowej, zauważył, że w następstwie tego przecięcia pojawiło się zapalenie, a następnie obumarcie rogówki w przeciągu 5—6 dni po operacyi, był Fodéra, który odnosił przyczynę tych zmian do zniszczenia nerwów odżywczych (troficznych), mających znajdować się w pniu nerwu trójdzielnego. Następne jednak doświadczenia Snellena, Guddena i wielu innych wykazały, że zmiany w oku nie występują, jeżeli w jakikolwiek sposób ochronimy je od szkodliwych wpływów zewnętrznych, n. p. przez zeszycie brzegów powiek, lub (jak Snellen czynił u królika) zakrycie oka przez naszycie na nie ucha tej samej strony. Nawet samo tylko utrzymywanie oka w czystości i strzeżenie go od urazów, zapobiegało wystąpieniu jakichkolwiek zmian odżywczych. Szereg doświadczeń, wykonanych przez wielu badaczy nad powstawaniem zmian po przecięciu innych nerwów obwodowych, również nie przemawia za istnieniem specyalnych nerwów odżywczych (troficznych). Jedni z nich nie spostrzegali wcale występowania jakichkolwiek zmian w odżywianiu, jak np. Klaudyusz Bernard po przecięciu korzonków tylnych, Behrand po wycięciu zwojów międzykręgowych (powtórzył doświadczenie Josepha). Inni przypisywali zmiany, powstające po przecięciu nerwów, innym wpływom, nie odżywczym, jak np. porażeniom, brakowi czucia, wreszcie wpływom naczynioruchowym: do nich należą Marpurgo i Mantegazza, Bizzozero, Salvioli, Munck. Do obrońców teoryi istnienia specyalnych nerwów odżywczych, zaliczyć należy z dawniejszych badaczy Lombroso i Rochefontainea, którzy przeciąwszy 3 korzenie tylne z prawej strony, między zwojem międzykręgowym i rdzeniem, w wysokości 2-ch ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszego lędźwiowego, spostrzegali wystąpienie po stronie lewej cierpienia stawów z cechą artropatyi, występującej w wiądzie rdzenia, brakiem bolesności, zmian w ciepłocie i utrudnienia ruchów. Sekcya wykazała zapalenie opon rdzeniowych i zapalenie nerwów lewej kończyny tylnej. Nie mamy więc pewności, czy opisywane zmiany nie miały swego źródła w sprawie zapalnej.

Drugim jest Joseph, który, po wycięciu 2-ch zwojów międzykręgowych w okolicy szyjnej, spostrzegał wypadanie włosów w okolicy ucha po stronie operowanej, występujące w postaci małych ograniczonych wysepek. Wyłysienie to było symetryczne po obu stronach, jeśli operacya była wykonana z obu stron. Z doświadczenia tego wysnuwa autor wniosek, że istnieje rzeczywisty wpływ odżywczy nerwu na cebulkę włosową.

Z najnowszych badaczy zajęli się tą sprawą Gaule i Bonne. Obydwaj oni występują jako obrońcy teoryi istnienia osobnych nerwów odżywczych; pracom ich musimy poświęcić nieco więcej uwagi. Gaule (Centralblatt für Physiologie, r. 1893) wykonał 40 operacyj na królikach i sekcyą kontrolował wyniki tych operacyj. W przeważnej liczbie przypadków wycinał tylko 1 zwój międzykręgowy, głównie czwarty szyjny; rzadziej, w innych przypadkach wycinał inne: drugi, trzeci, piąty i szósty; w małej liczbie wycinał więcej niż jeden zwój (dwa lub trzy). Zwierzęta operowane utrzymywał przy życiu 24 godzin, niektóre dłużej, a jedno przez 4 tygodnie. Według Gaulego już po 24 godzinach można dostrzedz różne zmiany odżywcze, występujące jako krwawienie w skórze, mięśniach, a oprócz tego w niektórych innych narządach wewnętrznych.

Bonne (Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures. Lyon 1897) przypisuje niepewne, a częstokroć ujemne wyniki poprzednich badaczy tej okoliczności, że ich zwierzęta po operacyi zbyt krótko były utrzymywane przy życiu tak, iż czas był niewystarczający dla wystąpienia zmian niewątpliwie odżywczych (troficznych). Wychodząc z tego punktu widzenia, znacznie dłużej obserwował zwierzęta przez siebie operowane. Wykonał w ogóle 4 operacye na psach. U pierwszego wyciął 3 tylne korzonki lędź-

wiowe i już po niespełna 6 tygodniach zauważył małe owrzodzenie na brzuścach palców kończyn tylnych. U drugiego również przeciął 3 tylne korzonki lędźwiowe i po upływie $10^1/_2$ tygodni, zauważył bardzo wybitne i rozległe zmiany w kończynie lewej, w postaci zmniejszenia objętości kończyny, owrzodzeń, zwłaszcza na brzuścach 2 zewnętrznych palców, oraz utratę włosów na łapie. U trzeciego psa, (nie podano miejsca operacyi) spostrzegał po 3 miesiącach wypadnięcie włosów i również wrzody na *caput calcanei* i w jego okolicy. U czwartego psa, po przecięciu 2 tylnych korzonków lewej strony, zauważył, po upływie $3^1/_2$ miesięcy, owrzodzenia głębokie na jednym palcu.

Przeciw ewentualnemu zarzutowi, że owrzodzenia te mogły powstać wskutek braku czucia w kończynie, podnosi autor, że znajdowały się one na miejscach, gdzie nie było znieczulenia.

Ze wszystkich nowych doświadczeń autor wyprowadza wniosek, że istnieją specyalne nerwy odżywcze (troficzne), których uszkodzenie jest przyczyną opisywanych zmian. Sprzeczność w podaniach różnych autorów z jednej strony, z drugiej zaś ważność poruszonej sprawy, nietylko ze stanowiska fizyologicznego, ale także i patologicznego, skłania nas do podania na tem miejscu wyników z kilku doświadczeń, które, wykonane wprawdzie w innym celu, dadzą się tu z korzyścią zużytkować.

Doświadczenia swoje wykonaliśmy na kotach z tej przyczyny, że u kotów bardzo łatwo można wyciągnąć zwoje międzykręgowe z kanału kręgowego, w niektórych przypadkach nawet bez otwierania tego kanału i uszkodzenia rdzenia. W rozmaitych doświadczeniach wycięliśmy wogóle wszystkie międzykręgowe zwoje lędźwiowe, od ostatniego piersiowego, aż do *conus medullaris*, zachowując w niektórych przypadkach korzonki przednie w całości, w innych zaś i przednie uległy uszkodzeniu, co zależało od trudności odosobnienia.

D o ś w i a d c z e n i e I. U kota wycięto III. IV. V. zwój międzykręgowy po stronie lewej, — zwierzę zabito po 19 dniach. Przy sekcyi znaleziono wybroczyny w skórze, około szwu po stronie lewej, na tej samej wysokości, gdzie znajdował się wycięty zwój.

D o ś w i a d c z e n i e II. U młodego kota wycięto 3 zwoje międzykręgowe wraz z nerwami, bezpośrednio nad zgrubieniem lędźwiowem. Kot żył po operacyi 9 dni; zdechł wskutek nacieku ropnego w mięśniach i skórze; rdzeń był wolny od ropy. Zmian w skórze nie znaleziono.

D o ś w i a d c z e n i e III. U kota wycięto po stronie lewej dwa najwyższe zwoje lędźwiowe i częściowo trzeci zwój lędźwiowy. (Sekcya bowiem wykazała, że część zwoju trzeciego jeszcze pozostała). W dwanaście dni później wycięto ostatni zwój piersiowy, również po tej samej stronie. Kot zginął wskutek wycieńczenia w 11 dni po drugiej operacyi; żył zatem 23 dni po pierwszej operacyi. Przy obdukcyi znaleziono w pobliżu szwu krwawienie skórne, oprócz tego nie znaleziono żadnych zmian odżywczych.

D o ś w i a d c z e n i e IV. Kota operowano dwa razy; za pierwszym razem wycięto III, IV, V i VI międzykręgowy zwój lędźwiowy, za drugim razem, prawie w miesiąc po pierwszej operacyi, wycięto 3 zwoje: I. i II. lędźwiowe i ostatni piersiowy. Kot po drugiej operacyi zdechł; żył zatem miesiąc po pierwszej; w skórze zmian odżywczych nie było, jedynie w skórze koło szwu znajdował się mały wrzód 6 mm. długi, $2^1/_2$ mm. szeroki, kształtu owalnego, którego dłuższy wymiar był równoległy do kręgosłupa.

D o ś w i a d c z e n i e V. Po otwarciu kanału kręgowego u kota wycięto 5 najniższych zwojów międzykręgowych; zabito go po 10-ciu dniach; zmian odżywczych nie znaleziono.

D o ś w i a d c z e n i e VI. Bez otwarcia kanału kręgowego wycięto u kota po prawej stronie 3 międzykręgowe zwoje lędźwiowe V. VI. i VII., z zachowaniem korzonków przednich; po otwarciu dolnej części kanału kręgowego wycięto 2 następne zwoje, wraz z korzonkami przednimi i tylnymi. W 26 dni po operacyi znaleziono mały wrzód, mający 5 mm. w średnicy w okolicy kręgosłupa, 25 mm. nad grzebieniem kości biodrowej; 4 dni później wrzód ten zupełnie się wygoił, nie zostawiwszy nawet śladów po sobie. Kota trzymano w dużej stajni na względnej wolności; w 4 miesiące po operacyi zauważono małe, 2 ctm. długie, $^1/_4$ ctm. szerokie zdrapanie naskórka na wewnętrznej powierzchni prawego uda; w kilka dni później wystąpiła na udzie rozlana sprawa zapalna: skóra zaczerwieniona, wilgotna, pozbawiona całkowicie włosów (eczema madidans). Kota zamknięto do klatki, dla uchronienia go od możliwych w obszernej stajni urazów: na miejsce dotknięte cierpieniem stosowano posypkę dermatolową z pudrem. Gojenie postępowało powolnie i dopiero w miesiąc później nastąpiło zupełne wygojenie; skóra posiada wejrzenie prawidłowe i zupełnie prawidłowo porosła nowymi włosami. Kot pozostaje dotychczas przy życiu, już $7^1/_2$ miesięcy od dnia operacyi i żadnym zmianom odżywczym wcale nie uległ.

D o ś w i a d c z e n i e VII. U kota wycięto po stronie prawej V. i VI. zwój lędźwiowy — zupełnie; VII. lędźwiowy (jak wykazała obdukcya) tylko częściowo, a po otwarciu kanału kręgowego wycięto I. i II. krzyżowy, 2 następne zostały zachowane, a pozostałe najniższe znów wycięto. Kot żył dni 15; zdechł wskutek ropienia w mięśniach, które rdzenia nie obejmowało. Zmian odżywczych nie można było wyśledzić; skóra zupełnie prawidłowa; jedynie na grzbiecie stopy, którą zwierzę trzymało zwróconą ku dołowi, włosy były więcej wytarte, niż po stronie przeciwnej; natomiast włosy na podeszwie tej strony były bujniejsze, niż po przeciwnej.

D o ś w i a d c z e n i e VIII. U kota wycięto po stronie prawej V. VI. i VII. zwój lędźwiowy i po otwarciu kanału I. i III. krzyżowy (II. pozostał, wycięto jedynie część odchodzącego od niego nerwu). Zmian odżywczych nie było; brak czucia w kończynie prawej — zupełny. Zdechł w 10 dni po operacyi; przy obdukcyi znaleziono ropienie w mięśniu, pod miejscem operacyi.

D o ś w i a d c z e n i e IX. U kota, po stronie prawej, wycięto VI. i VII. międzykręgowy zwój lędźwiowy; I. i III. krzyżowy, razem z obu korzonkami. Po jakimś czasie stwierdzono ropienie od szwu, ponieważ zwierzę wyciągało szwy pazurami; ropienie to wkrótce ustąpiło. Kot żył 3 miesiące, zmian odżywczych nie było.

Zastanawiając się nad opisanemi doświadczeniami, widzimy, że pomimo, iż niektóre zwierzęta utrzymywaliśmy przy życiu bardzo długo (doświadczenie VI i IX), zmian odżywczych stwierdzić nie byliśmy w stanie. Co się tyczy wybroczyny, jaką znaleziono w doświadczeniu II, nie można mieć pewności, czy przyczyna nie leży w urazie, wyrządzonym podczas operacyi, wskutek silnego odciągania skóry haczykami dla uczynienia bardziej dostępnem miejsca operowanego. Krwawienie w doświadczeniu III, jako znajdujące się w pobliżu szwu, samo przez się jest zrozumiałem. W doświadczeniach IV i VI zauważono wystąpienie wrzodów w pobliżu szwu; już samo ich umiejscowienie w okolicy szwu, w miejscu zaopatrywanem przez inne nerwy, niż te, które wychodziły z wyciętych zwojów, nie pozwala przypisywać ich powstania jakimś zmianom odżywczym, a doświadczenie IX rzuca pewne światło na sposób ich powstania. Zauważono mianowicie w tym przypadku, że zwierzę, wskutek pozostawienia szwów w miejscu operacyi, wyciągało je pazurami i w ten sposób sprowadzało owrzodzenie, pomimo że sama rana była już zagojona. Wrzód u kota, w doświadczeniu VI, wygoił się w zupełności i więcej już nie wystąpił, co przemawia za urazowem jego pochodzeniem. Fakt, że zapalenie skórne (które wystąpiło na udzie u kota w doświadczeniu VI i pociągnęło za sobą zupełne wypadnięcie włosów), mimo swej rozległości, wygoiło się całkowicie i miejsce objęte zapaleniem, po wygojeniu, znów porosło włosami, bynajmniej nie przemawia za istnieniem specyalnych nerwów

odżywczych i wpływów odżywczych ze strony zwojów międzykręgowych.

Aby wykluczyć możliwość zastąpienia wyciętych zwojów przez nerwy wychodzące ze zwojów strony przeciwnej i łączące się z pierwszymi zapomocą anastomozy, wycinaliśmy w przeważnej liczbie doświadczeń zwoje nerwów, dochodzących do tylnej kończyny, gdyż w tym przypadku o anastomozach mowy być nie może. W celu wykazania które zwoje mają związek z kończyną dolną, wykonaliśmy próbne doświadczenie, w którem, po odsłonięciu dolnej części rdzenia, drażniliśmy prądem elektrycznym korzonki przednie, przypuszczając, że, wraz z ruchowymi, dochodzą do łapy odpowiednie nerwy czuciowe i spostrzegaliśmy skurcz łapy. W ten sposób przekonaliśmy się, że do kończyny tylnej dochodzą nerwy zwojów 5, 6 i 7 lędźwiowych, 1, 2 i 3-krzyżowych; te też zwoje staraliśmy się wycinać.

Wyniki naszych doświadczeń nie pozwalają nam uznawać występowania zmian odżywczych, zawisłych wyłącznie od przecięcia nerwu lub wycięcia zwoju międzykręgowego, jakto w najnowszych czasach twierdzą Gaule i Bonne. (Dla wystąpienia jakichkolwiek zmian nieodzowną jest jeszcze przyczyna zewnętrzna (trauma), ale możemy się zgodzić, że po takiem uszkodzeniu zmiany mogą być rozleglejsze i sprawa gojenia się jest powolniejszą, niż przy stanie nerwów nietkniętych. W tem tylko znaczeniu możemy przypuszczać istnienie wpływów odżywczych nerwów, nie zaś w rozumieniu Gaulego i Bonna, którzy uznają samoistne występowanie zmian odżywczych, już po przecięciu nerwów).

Okoliczność, że choćby tylko w jednym przypadku, po przecięciu nerwów, skóra i inne części ciała, przez te nerwy zaopatrywane, zachowały się pod względem odżywienia normalnie, jest z natury rzeczy daleko bardziej przekonywającą, niż znaczna liczba doświadczeń o wyniku przeciwnym. Nie ulega jednak wątpliwości, że po przecięciu nerwów występują czasem zmiany odżywcze, zwłaszcza jeżeli nastąpił uraz; te jednak, wobec niemożności przyjęcia istnienia specyalnych nerwów odżywczych, tłómaczyć musimy, podobnie jak Marpurgo, Bizzozero, Munck i inni, zmianami w czuciu i unaczynieniu, które są koniecznem następstwem przecięcia tych nerwów. Szczególnie, co do korzonków tylnych, to wiadomo z doświadczeń Strickera, Bonuziego, Biedla, Hasterlika i innych, że w korzeniach tych przebiegają odśrodkowe włókna, rozszerzające naczynia. Jeżeli więc po przecięciu tych korzonków nastąpi stałe, lub przynajmniej dłuższy czas trwające, zwężenie naczyń w odpowiedniej kończynie, to łatwo pojmiemy, dlaczego, zwłaszcza wobec braku czucia, częściej po tej stronie występować będą zmiany odżywcze, a wystąpiwszy raz, trudniej się będą goiły.

Sam Gaule, w replice na zarzuty, uczynione przez Eckharda przeciw wnioskom, wysnutym w pracy (umieszczonej w „Centralbl. f. Phys.“, tom V, Nr. 15) o wpływie przecięcia nerwu trójdzielnego na odżywienie rogówki, uznaje istnienie dwóch źródeł, z których wynika przyczyna zmian, występujących po przecięciu nerwów; w ostatniej jednak pracy o tem nie wspomina i znów wraca do teoryi samoistnego występowania zmian po przecięciu nerwów, przypuszczając istnienie specyalnych nerwów odżywczych (troficznych). Z przypuszczeniem takiem absolutnie zgodzić się nie można, wobec wyżej przytoczonych faktów i doświadczeń, które nie potwierdzają występowania zmian, nawet po wycięciu tak znacznej liczby zwojów. Do wytłómaczenia zmian, które po przecięciu nerwów występują, wystarcza najzupełniej upośledzenie w funkcyach czuciowych, ruchowych i naczynioruchowych, które stanowią bezpośrednie następstwo przecięcia nerwów. Wszak odleżyny, na które Gaule się powołuje, występują nietylko w chorobach nerwowych, lecz i w innych ciężkich cierpieniach i do wyjaśnienia ich powstawania nie mamy powodu uciekać się do specyalnych nerwów; wystarczy tu bowiem ucisk, w połączeniu ze zmianami w krążeniu, a tem samem i odżywieniu tkanek.

II. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania

podał

Prof. Dr. Antoni Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

W czasie od 1. stycznia 1896 r. t. j. od dnia otwarcia Szkoły, do dnia 26 lipca 1897 r., w miesiącach trwania nauki w Szkole, rodziło kobiet 742. Liczba ta obejmuje wszystkie przypadki bez wyjątku. Między tymi było 321 pierwiastek, a 421 wieloródek, czyli taki stosunek, jaki w drugim tysiącu Hofmeiera.

Stany nieprawidłowe, jakie podczas porodu spostrzegano, wymagały następujących zabiegów operacyjnych:

Operacyj kleszczowych, przy nizkiem ustawieniu główki 10, przy wysokiem 22, razem	32
Obrotów	21
Wydobycia ręcznego płodu	15
Wymóżdżenia	12
Nakłócia wodogłowia	1
Wypaproszenia płodu	4
Cięcia cesarskiego	2
Wzniecenia przedwczesnego porodu	2
Wycięcia macicy pękniętej drogą laparotomii	3
Odprowadzenia wypadniętej pępowiny	4
Odprowadzenia rączki	4
Zmiany położenia twarzowego na czaszkowe	4
Wydobycia ręcznego popłodu	11
Wydobycia ręcznego i instrumentalnego jaja płodowego	11
Wydobycia polipa łożyskowego	1
Tamponady macicy	9
	136

Hofmeier nadto w statystyce swej, prócz przypadków operacyjnych, podaje i nazwy niektórych stanów patologicznych, wydarzających się podczas porodu.

Wobec tego musielibyśmy dodać jeszcze:

Pęknięcie macicy leczone zachowawczo	1
Drgawki (Eclampsia)	4
Łożysko przodujące (Placenta praevia)	3

Aby módz dokładniej nasze przypadki nieprawidłowe porównać z przypadkami Hofmeiera, należy liczbę naszych przypadków pomnożyć przez 4 razy, albowiem nasza liczba porodów jest 4 razy mniejszą; to nam daje następujący wynik:

	Hofmeier	Mars
Operacyj kleszczowych	64	124
Obrotów	71	84
Wydobycia ręcznego płodu	120	60
Wymóżdżenia	12	48
Cięcia cesarskiego	4	8
Nakłócia wodogłowia	0	4
Rozkawałkowania płodu (Embryotomia)	1	16
Wzniecenia przedwczesnego porodu	19	8
Laparotomij przy pęknięciu macicy	2	12
Rozcięcia spojenia łonowego (Symphysiotomia) . .	2	0
Odprowadzenia wypadniętej pępowiny	39	16
» » rączki	0	16
Zmiany położenia twarzowego na czaszkowe . .	0	16
Tympan. uteri	7	0
Drgawki (Eclampsia)	6	16
Łożysko przodujące (Placenta praevia)	16	12
Wydobycia ręcznego łożyska	21	44
Wydobycia ręcznego i instrumentalnego jaja płodowego	0	44
Wydobycia polipa łożyskowego	0	4
Tamponady macicy	5	36
	389	569

Zestawienie to świadczy bardzo wymownie, że między naszymi przypadkami znachodziło się daleko więcej spraw nieprawidłowych podczas porodu i że ogółem wykonano więcej zabiegów operacyjnych.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na niektóre liczby w tem zestawieniu, a mianowicie: na liczbę przypadków wzniecenia przedwczesnego porodu, laparotomii przy pęknięciu macicy, operacyj kleszczowych, wymóżdżeń główki dziecka, embryotomij, to musimy przyznać, że liczby te znacznie się różnią. Zestawienie tych liczb dowodzi, że materyał, jakim rozporządza Hofmeier, składa się z osób znacznie inteligentniejszych, posiadających większe zaufanie do lekarzy i szpitala, że osoby te zgłaszają się do kliniki zawczasu, podczas gdy u nas przeciwnie materyał składa się z osób mniej oświeconych, które stronią od szpitala, a tem samem zgłaszają się późno, w ostatnim czasie przed porodem, najczęściej podczas porodu i to wówczas, gdy poród po za szpitalem dobrowolnie się nie kończy, a często już w stanie najwyższego zaniedbania. Dalej, z tego porównania wynika, że w moim materyale znachodzi się daleko więcej przypadków ciężkich i zaniedbanych, aniżeli w materyale Hofmeiera, na co szczególniejszy nacisk położyć muszę.

Przypatrzmy się wynikom:

Przypadków zejścia śmiertelnego mamy do zaznaczenia tylko trzy.

1) Przypadek zakażenia septycznego, powstałego po za Szkołą. Chorą przywieziono umierającą, w 4-ym dniu porodu, u której drugi okres porodowy trwał już od kilkunastu godzin. W chwili przyjęcia ciepłota wynosiła 40·0°, tętno 160, ledwo wyczuwalne, chora nieprzytomna. Główka tkwiła szczytem w wychodzie miednicy. Kleszcze, śmierć w 6 godzin po porodzie.

2) Pęknięcie macicy, zakażenie, laparotomia. Chorą z pękniętą macicą przywieziono z odległości 5 mil do Krakowa, pęknięcie macicy prawdopodobnie nastąpiło przed 12-tu godzinami. W czasie porodu położna wiejska badała wielokrotnie. W chwili przyjęcia płód leżał między jelitami, laparotomia, w jamie brzusznej źdźbło słomy. Śmierć z zakażenia.

3) Pęknięcie macicy, skrwawienie, laparotomia. Do Szkoły przywieziono osobę skrwawioną, bez tętna. Laparotomia. Stan ogólny poprawił się na kilka godzin. Gorączki nie było. Śmierć z niedomogi serca.

Śmiertelność w naszych przypadkach przedstawia się, w porównaniu ze statystyką Hofmeiera, jak następuje:

	Mars	Hofmeier
W ogóle umarło zatem	3 = 0·4%	0·7%
Między temi z powodu zakażenia .	2 = 0·28%	0·20%
Z powodu zakażenia w zakładzie .	0 = 0· %	0·13%

Porównanie śmiertelności nie wypada na naszą niekorzyść; statystyka śmiertelności w naszej Szkole, bez wykluczenia jakichkolwiek przypadków, przedstawia się lepiej niż u Hofmeiera, jest zatem lepszą, aniżeli we wszystkich niemieckich klinikach.

Co do nieprawidłowości, a względnie zachorowania w połogu, to każden przypadek, w którym ciepłota się podniosła wyżej 37·5, był uważany za nieprawidłowy.

Kontrola przypadków połogowych odbywała się w sposób następujący:

Mierzenie ciepłoty odbywało się wyłącznie przez zakładanie termometru pod pachę. Mierzono dwa razy dziennie, rano koło godziny 7-ej, wieczorem koło 5-ej. Ponieważ mierzenie ciepłoty przez lekarzy było niemożebne, dla niedostateczności personalu lekarskiego, zatem dokonywało się ono podwójnie. Osobno w każdym przypadku mierzyła należycie pouczona uczennica, a niezależnie od niej dużurna położna. Uczennica zapisywała ciepłotę na tablicy nad łóżkiem, a dyżurna położna na osobnej kartce. Gdy już mierzenie było ukończone, zaczynała się zwykle wizyta lekarska.

Tętno każdej położnicy badałem ja sam, albo asystent; równocześnie kontrolowano ciepłotę, zanotowaną przez dyżurną położnę. Ilekrotnie niezgadzała się ciepłota, notowana przez uczennicę, z ciepłotą podaną przez dyżurną, mierzono raz jeszcze wśród wizyty. W każdym przypadku, w którym tętno przechodziło 72 uderzeń na minutę, kontrolowano ciepłotę i, jeżeli chora zdradzała najmniejsze zboczenie, mierzono ciepłotę przy wizycie — Naturalnie tem skrzętniej, im wyższą znaleziono liczbę uderzeń tętna.

Ponieważ Szkoła położnych w ogólności ma łóżek i położnic niewiele, przeto też i dokładna kontrola nie jest trudną, tem więcej, że z małymi wyjątkami jestem codziennie raz przy łóżku każdej położnicy. Skoro w powyższy sposób ciepłota została już skontrolowaną, zapisuje ją jeden z lekarzy do historyi choroby, każdy zatem stopień ciepłoty, zanotowany w historyach choroby, jest poprzednio kontrolowany.

Według notatek znaleźliśmy w historyach choroby na 742 przypadków:

Połogów prawidłowych, w których ciepłota niedochodziła do 37·5, czyli połogów bezgorączkowych .	622 =	83·82%
Jednorazowe podniesienie ciepłoty niżej 38·0 . . .	44 =	5·93%
Gorączkujących z powodu chorób przypadkowych, jak zimnica, zapalenie opłucnej, gruźlica płuc . .	31 =	4·17%
Gorączkujących z powodu zmian w narządzie płciowym, po ustąpieniu których stan gorączkowy mijał, jak owrzodzenia pochwy, sromu, nieprawidłowe odchody (między tymi przypadki zakażenia rzeżączkowego), (a nadto te przypadki, w których innej przyczyny nie można było odnaleźć)	45 =	6·2%
Między tymi ostatnimi cięższych było	11 =	1·49%

Chcąc porównać nasze wyniki z wynikami Hofmeiera, musimy przedewszystkiem złączyć ze sobą położnice pierw-

szych dwóch kategoryj i wówczas otrzymamy liczbę 666 = 89·75% połogów prawidłowych, która to liczba schodzi się prawie z cyfrą Hofmeiera.

Zestawienie naszych gorączkowych połogów, ułożone według i w porównaniu z zestawieniem Hofmeiera, przedstawia się zatem:

		Mars	Hofmeier
Ogólna liczba gorączkujących . .	76 =	10·25%	9·2%
Choroba polega na zakażeniu (t. j. inne cierpienie nie dało się wykazać)	45 =	6·07%	5·9%
Z tego:			
Lekkie zboczenia	34 =	4·58%	3·8%
Ciężkie zboczenia (wliczając zmarłe)	11 =	1·49%	2·1%
Z powodu chorób przypadkowych .	31 =	4·17%	3·3%

Z zestawienia tego wypada, że wyniki nasze są równe wynikom Hofmeiera. W pierwszych dwóch tysiącach, są one lepsze od jego wyników, a nieco gorsze niż w jego trzecim tysiącu; różnica jednak niewchodząca w rachubę z ogólnem zestawieniem, bo gdy Hofmeier wykazuje 5·9% przypadków, pochodzących z zakażenia, to u nas wypada 6·07, czyli wynik Hofmeiera jest o 0·17% lepszy. Natomiast statystyka nasza jest korzystniejsza co do przypadków cięższego zakażenia, bo wykazujemy 1·49%, podczas gdy Hofmeier 2·1%.

Tak drobiazgowo porównania iść nie mogą, gdyż przyznać należy, że i przypadkowość gra tu pewną rolę.

W ogólnem zestawieniu wyników z klinik niemieckich, które podaje w swej pracy Hofmeier, musimy materyał naszej Szkoły, co do chorobliwości, postawić na drugiem miejscu, obok Hofmeiera; a w zestawieniu śmiertelności, obliczonem na 100.000 przypadków, na pierwszem miejscu przed innemi.

Jeżeli teraz powiemy, że przestrzykiwań zapobiegawczych wcale nie używamy, a badania wewnętrznego wcale nie ograniczamy, to wobec tego zdanie Hofmeiera, który o zapobiegawczem oczyszczaniu pochwy i szyi macicznej mówi: „so halte ich mich jetzt für berechtigt auszusprechen, dass k e i n anderes Verfahren im Stande ist, einen so hohen Schutz zu gewähren“ — ostać się nie może i, conajmniej, powiedzieć musimy, że takież same wyniki uzyskać można i innymi sposobami.

Zwyczaje w Szkole położnych nieodbiegają prawie w niczem od zwyczajów na wielu klinikach przyjętych. Zaprowadzony jest tylko ścisły nadzór i pedanterya w przeprowadzaniu przyjętych zasad. Nikomu z personalu lekarskiego, ani z uczennic, nie wolno pod żadnym pozorem wejść do ubikacyj szkolnych w zwykłem ubraniu, tylko musi przywdziać wierzchnie płócienne okrycie. Po wejściu do którejkolwiek z sal, pierwszą czynnością każdego jest mycie rąk, wykonywane według metody F ü r b r i n g e r a, a zatem woda do mycia gotowana, — najpierw mydło i szczotka, — potem wyskok (dla taniości denaturalizowany) i szczotka, — sublimat i szczotka (względnie 5% roztwór kwasu karbolowego). Mycie rąk mydłem i wyskokiem odbywa się pod kurkiem, roztworem zaś sublimatu — na miednicach. Co do kwasu karbolowego, to przepisy istniejące do dnia 1-go października 1897 polecały mycie rąk w 5% roztworze; czyniąc zadość tym przepisom były uczennice w tem postępowaniu pouczane, a pewną liczbę dni w roku sposób ten stosowano. Ze względu jednak, że kwas karbolowy niszczy ręce, musiano zdwoić uwagę w kontrolowaniu myjących się. Z tego ostatniego względu do chemicznego wyjałowienia rąk używamy z zasady sublimatu.

Wizyta odbywa się zawsze w pewnym oznaczonym porządku, a mianowicie: najpierw na sali porodowej, potem u położnic, dalej u brzemiennych, a wreszcie u chorych ginekologicznych. Uczennicom, pełniącym służbę nie wolno przechodzić z sali do sali; przekroczenia w tym kierunku są surowo karane. Jeżeli która z uczennic ma osobę chorą w rodzinie nie wolno jej przychodzić do Szkoły, a dopiero po przedstawieniu świadectwa lekarskiego, może powrócić do zakładu. O każdym lekarzu, należącym do składu personalu w Szkole, mamy dokładne szczegóły, co w ciągu dnia robi i czy nie miał styczności z chorobami zakaźnemi.

Jeżeli na sali porodowej jest rodząca, dyżurna położna dozoruje, aby uczennice nie popełniały błędów w przepisach, dotyczących mycia i badania. Niewolno nikomu podejmywać żadnej czynności przy rodzących i położnicach bez każdorazowego umycia rąk. Każdej osobie ciężarnej czy rodzącej oczyszcza się gruntownie przed pierwszem badaniem podbrzusze, okolicę udową i zewnętrzną sromu. W tym celu szoruje się tę okolicę mydłem i ręką, a potem spłókuje roztworem lisolu. Używamy tych tylko instrumentów i przyborów, które nadają się do wyjałowienia, zwłaszcza przez gotowanie. Bielizna używa się w takim stanie, w jakim przychodzi z pralni. Bada się i operuje rękami mokremi. Po porodach prawidłowych pochwy nie przestrzykujemy, lecz opłókujemy srom lisolem. Podobnie postępuje się po zabiegach operacyjnych u osób zdrowych, a tylko wyjątkowo przepłókuje się pochwę 2%-ym roztworem lisolu. W przypadkach bardzo częstego u nas zakażenia rzeżączkowego przestrzykuje się pochwę po zabiegach operacyjnych roztworem lisolu. Macicę przestrzykujemy bardzo rzadko, tylko w przypadkach stwierdzonego rozkładu. Przez cały przeciąg będącego w mowie czasu przestrzykiwano trzy razy macicę po porodzie, a 4 razy w połogu.

Opatrunki przyrządzone przez nas, wyjaławiamy parą. Pęknięcia międzykrocza szyjemy piętrowo, o ile możności zaraz po porodzie. Wszelkie zabiegi operacyjne, o ile to tylko możebne, wykonujemy pod kontrolą wzroku, w myśl zasad, które podał I-szy asystent Dr. Kośmiński („Przegląd lekarski“ 1897 Nr. 26 i 27). (Centrabl. f. Gynk. 1897 Nr. 29), zatem n. p. embryotomię, po odsłonięciu części poprzedzającej za pomocą wzierników metodą Kośmińskiego.

Laparotomię wykonujemy ściśle aseptycznie. Poczuwam się zatem w prawie do wypowiedzenia zdania, że wyniki tak dobre, jakie mamy, a równające się najlepszym znanym, t. j. wynikom, jakie wykazał Hofmeier w klinice w Würzburgu, uzyskałem bez zapobiegawczego oczyszczania pochwy i szyi macicznej, że zatem oprócz tego sposobu istnieje inny, prowadzący do równie dobrych wyników, a polegający na należytem przestrzeganiu przepisów podmiotowej aseptyki.

Jeżeli czemu zawdzięczam tak dobre wyniki w krakowskiej Szkole położnych, to głównie temu, że tak dobrze na klinice uczniów, gdzie część główna mego materyału, jak wspomniałem, służy do celów dydaktycznych, jako też i w Szkole położnych, przepisy podmiotowego postępowania bezgnilnego bywają ściśle przestrzegane. Nadto korzystam

ze sposobności, aby stwierdzić zdanie jednego z klinicystów niemieckich, że wyniki naszych zabiegów nie zależą dziś od nas samych, ale od naszych asystentów. Tak też i ja muszę mym współpracownikom wypowiedzieć szczere uznanie, gdyż bez ich sumiennej pomocy nigdybym tych wyników uzyskać nie mógł. Uznanie to musi się odnosić do mego pierwszego asystenta, gdyż drugi funkcyonuje dopiero od miesiąca, a inni lekarze, czynni na oddziale z ramienia zarządu szpitala, zmieniali się co kilka miesięcy, tj. w czasie, gdy już rutyny nabywali, opuszczali szkołę, by się udać na inny oddział szpitalny.

Wreszcie wypada mi jeszcze oświadczyć, jak się zapatruję na zapobiegawcze oczyszczanie pochwy i szyi. Już wyżej zaznaczyłem, że oczyszczanie takie, jak je Hofmeier pojmuje i jak na jego klinice bywa wykonywane, może być skuteczne i nie sądzę, aby samo przez się, należycie wykonane, mogło być szkodliwe. Jak na dziś uważać je muszę, wobec moich wyników, za zbyteczne, a co więcej powiem, że nawet w razie gdybym miał gorsze wyniki, zaostrzyłbym przepisy, stałbym się ostrożniejszym, a przecieżbym się jeszcze zapobiegawczego oczyszczania pochwy i szyi macicznej nie imał, a to dlatego, że oczyszczanie takie uważam za postępowanie obosieczne, albowiem o ile, należycie przeprowadzone, może być pomocnem, o tyle wykonywane źle, niesumiennie i niedość czysto, stać się może wprost szkodliwem. Tu nie idzie tylko o samą Szkołę i o materyał szkolny, ale ze Szkoły wynoszą uczniowie i położne to postępowanie na szerokie pole praktyki, gdzie niedostateczna miara sumienności może wiele złego narobić, wszak tu idzie o szerokie koła, o znaczne zastępy rodzących po za zakładami specyalnymi.

Wolę nic nie robić, niż szkodzić.

III. O trądzie w Bośnii i Hercegowinie.

Zestawił

Dr. J. Baschkopf,

lekarz pułkowy w Serajewie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Grupując trędowatych bośniackich według zatrudnienia, wyznania i t. d., okazuje się, że przeważająca liczba tych chorych należy do ludności wiejskiej, zajmującej się uprawą roli, pasaniem bydła i t. p. Dzieląc trędowatych według wyznań, których w Bośnii i Hercegowinie jest cztery, przekonywamy się, że trądowi ulegają najczęściej mieszkańcy wyznania mahometańskiego, a najrzadziej katolicy. Neumann podnosi następnie w swem sprawozdaniu wielką śmiertelność trędowatych w Bośnii, gdyż już od roku 1891 umarło tu na trąd 32 osoby, chociaż choroba ta trwa zwykle całe dziesiątki lat.

Naturalną jest rzeczą, że, we wszystkich przypadkach stwierdzonego trądu, uwaga lekarzy była zwrócona przedewszystkiem w kierunku zbadania czynników, ułatwiających powstawanie i szerzenie się choroby. Badania, przedsięwzięte w celu poznania słuszności teoryi o dziedziczności trądu, wykazały, że zachorzenia te w jednej rodzinie nie należą wcale do rzadkości. Od czasu do czasu stwierdzono także występowanie trądu u rodziców i krewnych.

Ze względów praktycznych zwracano baczną uwagę na sprawę przeniesienia się choroby przez zetknięcie (przyrzut, *contagium*). Wywiady w poszczególnych przypadkach pouczyły, że chorzy badani przebywali często w towarzystwie trędowatych, nosili ich suknie etc. Już inni badacze wykazali, że tą drogą może się choroba przenosić z człowieka chorego na dotychczas zdrowego.

Ważne miejsce w wspomnianych badaniach zajmuje naturalnie poznanie czynników etyologicznych trądu. Otóż przekonano się, że trędowaci w Bośnii i Hercegowinie najczęściej prowadzą żywot swój wśród najnędzniejszych stosunków materyalnych. Prawie wszystkie czynniki, uważane powszechnie za przyczynowe, usposabiające do nabycia trądu, stwierdzono tu w największej liczbie przypadków, jak n. p. przebywanie w ciasnych i nędznych, źle odwietrzanych, lepiankach, wobec których nasze chałupy galicyjskie mogłyby być dumne; dalej pożywienie niedostateczne, najczęściej roślinne, nadto jeszcze częstokroć zepsute; częste posty, nakazane przepisami religijnymi, szczególnie u ortodoksów i t. d. Tylko wyjątkowo trędowaci bośniaccy należeli do warstwy zamożniejszej, żyjącej w korzystniejszych warunkach higienicznych.

Uwzględniając podania niektórych autorów, przypisujących wielkie znaczenie w powstawaniu trądu wyłącznemu żywieniu się rybami, rozciągnięto wywiady także w tym kierunku. Poszukiwania te jednak wypadły na niekorzyść powyższej teoryi, ponieważ udało się wykazać, że 17% trędowatych krajowców nigdy, lub też bardzo tylko rzadko, spożywało ryby.

Neumann przedstawia następnie zakres rozprzestrzenienia się trądu w Bośnii i Hercegowinie pod względem topograficznym. Dla lepszego zrozumienia tych stosunków przytacza niektóre ogólne daty geograficzne tego kraju. Powierzchnia jego zajmuje 51,027 metrów kwadratowych, na których żyje, według urzędowego obliczenia z roku 1895 — nie licząc wojska — 1,568,092 mieszkańców. Kraj ten jest przeważnie górzysty, z charakterem po większej części alpejskim. Większa dolina rozciąga się tylko w północnej części kraju, jako ciąg dalszy równiny slawońskiej. Klimat, ze względu na południowe położenie kraju, jest za ostry; na południu, więcej morski, na północy przeważnie lądowy, z krańcowemi wahaniami ciepłoty i obfitymi opadami atmosferycznymi. Pod względem hidrograficznym rzeki należą do morza czarnego, dzięki głównej arteryi wodnej kraju, Bośnie, wpadającej do Sawy, pobocznej rzeki Dunaju; zaś przez rzekę Narentę w Hercegowinie — do morza adryatyckiego.

Otóż pod względem topograficznego rozkładu trądu występuje on najczęściej w obwodzie Serajewskim i Mostarskim, mniej często w Tuzlańskim i Trawnickim, a tylko sporadycznie w Banjaluce. Ze szczegółowego zestawienia, podanego przez Neumanna wynika, że trąd przydarza się najczęściej w powiatach południowych i wschodnich, a tu znowu najwięcej w miejscowościach graniczących z Dalmacyą, Czarnogórą, Sandżakiem nowobazarskim i Serbią, podczas gdy części północne prowincyi zajętych, graniczące z Kroacyą i Slawonią, a więc właśnie powiaty, bezpośrednio przylegające do monarchii austro-węgierskiej, okazują tylko sporadyczne występowanie trądu, lub też są zupełnie od niego wolne. Szczegóły te posiadają wielkie znaczenie dla sprawy, tyczącej się tych krajów, od strony których zagraża nam właściwie zawleczenie choroby. Powyżej skreślone rozmieszczenie się geo-

graficzne trądu, rzadkość lub zupełny brak choroby w powiatach, graniczących bezpośrednio z monarchią austro-węgierską, względna zaś częstość w powiatach, przytykających do krajów półwyspu bałkańskiego, leżących na uboczu od wielkich linii komunikacyjnych, wszystko to przyczynia się do poznania głównej drogi, którą trąd wtargnął do kraju i wyjaśnia powody, dla których przez tak długi czas się w nim utrzymał.

*

Co się tyczy leczenia trądu, to można o niem to samo powiedzieć, co się mówi o leczeniu wszystkich innych chorób nieuleczalnych. Różni autorowie podali różne sposoby i różne środki; lecz nadzieje, w nich pokładane, nigdy się nie ziściły. Wszystkie te środki, w mniejszym lub większym stopniu zawiodły. I tak polecano i stosowano wielokrotnie, naturalnie obok leczenia czysto objawowego, wstrzykiwania sublimatowe, salicylan sodowy, przetwory jodowe i wiele innych leków. W ostatnich czasach polecił Dr. Carrasquilla, dyrektor leprosoryi w Bogocie (Kolumbia), leczenie trądu surowicą. Tę otrzymał sposobem następującym: trędowatemu wypuszczał krew z żyły, poczem surowicę otrzymaną z tej krwi, szczepił kozie, a następnie koniowi. Po kilku dniach wypuszczał krew z żyły szyjnej tych zwierząt, zbierał surowicę krwi i przechowywał ją w dobrze zamkniętych, od światła zabezpieczonych, flaszeczkach. Przed wstrzyknięciem trędowatemu surowicy, otrzymanej tym sposobem, robi się próbne wstrzyknięcie morskiej śwince, celem przekonania się, czy surowica nie zawiera obcych ciał gnilnych. Wstrzykiwania rozpoczyna się od dawki pół ctm.³, a postępując stopniowo, doszedł Carrasquilla w końcu miesiąca do 20 ctm.³. Autor ten twierdzi, że udało mu się tym sposobem trąd wyleczyć czyli, że trąd jest chorobą uleczalną. Doniosłość tego twierdzenia zrozumie łatwo każdy, kto miał sposobność obserwować straszny zaiste los tych nieszczęśliwych chorych którzy dotychczas, mimo troskliwej opieki w szpitalach i leprozoryach, mimo rozmaitych zabiegów leczniczych i odmiennych warunków higienicznych, ginęli wszyscy, przedstawiając, w ostatnich latach swego życia, obraz nędzy ludzkiej, w najjaskrawszej postaci, przejmujący zgrozą i litością.

Lekarze, którzy dotychczas stósowali w trądzie seroterapię według wskazówek Carrasquilli, wyrażają się o niej bardzo oględnie. W literaturze, dla mnie przystępnej, znalazłem tylko jedno doniesienie, polecające to leczenie, mianowicie Dr. F. Buzzi w Berlinie podaje, że udało mu się zapomocą seroterapii osiągnąć skutki lepsze, niż którymkolwiek z poleconych dotychczas środków. Inni do takich wyników jeszcze nie doszli. Wobec tego smutnego stanu sprawy leczenia tej groźnej choroby zgodzić się musimy z twierdzeniem Lassara, oraz wielu innych leprologów, że trąd jest dla praktycznej medycyny dotychczas chorobą nieuleczalną i że jedynie „trąd narodów“, t. j. zapobieganie rozszerzeniu się choroby, jest w wysokim stopniu przystępnym dla medycyny zapobiegawczej. Według jednomyślnego twierdzenia wszystkich powag autorskich leczenie trądu poszczególnych jednostek zawiodło dotychczas zupełnie; najlepszych względnie wyników należy spodziewać się jedynie od usiłowań zapobiegawczych, stósowanych przeciw trądowi.

Co się wreszcie tyczy leczenia tej choroby w Bośnii i Hercegowinie, należy podnieść przedewszystkiem zabiegi w tym kierunku, przedsiębrane w szpitalu serajewskim. Prymaryusz oddziału skórno-wenerycznego, radzca Dr. Glück, stosuje u swych chorych trędowatych, umieszczonych w osobnym oddziale, wszystkie sposoby, od wielu lat polecane. W ostatnim czasie próbuje się także seroterapii według Carrasquilli i stósowania wewnętrznie i zewnętrznie wody mineralnej arszenikalno-żelazistej, ze źródła Srebrenicy, odpowiadającej wodom mineralnym Levico lub Roncegno w Tyrolu. Zamierzonem jest urządzić w Srebrenicy specyalne schronisko dla trędowatych bośniackich.

Dr. Glück sam badał i spostrzegał dotychczas 72 przypadków trądu i doszedł, na podstawie zebranych przy tej sposobności doświadczeń, do zapatrywania nieco odmiennego o istocie trądu od zapatrywania innych leprologów. Według tego autora trąd jest chorobą ustrojową zakaźną (constitutionell infectiös), której jad od czasu do czasu staje się czynnym i zupełnie nieregularnie, wśród wybitnych objawów nagłego wybuchu, tworzy we krwi najrozmaitszych części ciała nowe ogniska chorobowe, sprowadzając świeże zmiany. Objawy te pozostają przez miesiące bez widocznych zmian, a dopiero świeży napad gorączki zmienia dotychczas jednostajny obraz chorobowy, gdyż podczas przebiegu, lub też po ukończeniu nowego wybuchu, występują na miejscach, do tej pory nietkniętych, skóry i błon śluzowych, świeże zmiany swoiste. Trąd więc jest, według Glücka, wybitną chorobą przerzutową, posiadającą wprawdzie pewne miejsca wybrane, której wytwory chorobowe jednak odznaczają się bardzo małą zdolnością zakażania okolicznych części.

*

Na zakończenie tych uwag niech nam wolno będzie przytoczyć jeszcze ostateczne wnioski, do jakich przyszła berlińska „konferencya w sprawie trądu“ na podstawie kilkudniowych narad. Ważność tych wyników wspólnej pracy najznakomitszych leprologów całego świata wypływa z wielkiego znaczenia, do którego doszła w naszym czasie sprawa trądu. Choroba ta wprawdzie już od najdawniejszych czasów zwracała na siebie uwagę zagrożonej ludzkości, jak o tem świadczy ustawodawstwo tak cywilne, jak i kościelne. Wszak wiadomo, że już w starym testamencie znajdujemy szczegóły o trędowatych, że są to ludzie „nieczyści“, że nie wolno zdrowym z nimi wchodzić w zetknięcie, że trąd to „kara boża“ i t. d.

Sprawa ta jednak jest obecnie tem bardziej piekąca, że niestety, możemy stwierdzić groźny postęp trądu w Europie, w której przez wiele wieków żyły narody w błędnem przeświadczeniu, że posiadają zupełną odporność przeciw niemu, i że trąd jest chorobą przedewszystkiem pozaeuropejską!

Tymczasem okazuje się coraz częściej, jak to przekonanie było złudnem. Dopiero od kilku dziesiątek lat poświęcają lekarze i władze baczniejszą uwagę tej najstraszniejszej ze wszystkich przewlekłych epidemij, nawołując ostatecznie do wspólnej przeciw niej obronie, jak tego dowodzi berlińska międzynarodowa „Lepra-Conferenz“.

Oto wnioski tej konferencyi:

Bodźcem, wywołującym chorobę, według obecnego stanu nauki, jest prątek trądowy, znany (światu lekarskiemu) od 25 lat, dzięki odkryciu Hansena i pracom Neissera. Wprawdzie nie znamy jeszcze warunków, wśród których rozwija

się ten prątek, tak samo nie znamy sposobu jego wnikania do ustroju ludzkiego; uchwały konferencyi pouczają, że blizkiem jest porozumienie co do pojmowania dróg, któremi prątek ten rozszerza się w ciele ludzkiem. Jednomyślnem jest zapatrywanie wszystkich, że tylko człowiek jest nośnikiem tego prątka. W sprawie obfitości wydzielania się prątka z chorego ustroju, a mianowicie przez błonę śluzową nosa i ust, podano bardzo pouczające spostrzeżenia, których stwierdzenie jest koniecznie pożądanem na wielkim materyale chorych. Naprzeciw tej sprawy, o znaczeniu wyłącznie naukowem, stoi fakt, posiadający wielką doniosłość praktyczną dla tych wszystkich, którym powierzono troskę o dobro ludu, mianowicie uznanie trądu za chorobę zakaźną.

Każdy trędowaty przedstawia niebezpieczeństwo dla swojego otoczenia. Niebezpieczeństwo to powiększa się, im ściślejszymi i dłużej trwającymi są stosunki chorego z jego zdrowem otoczeniem i im gorszymi są warunki zdrowotne, wśród których one się odgrywają. Odpowiednio do tego każdy trędowaty przedstawia, szczególnie wśród najuboższej ludności, ciągłe niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na jego rodzinę i otoczenie. Nie można jednak zaprzeczyć, że przypadki przeniesienia choroby na ludzi, żyjących w korzystniejszych warunkach materyalnych, nie należą już do wyjątków. Do rozszerzenia przyrzutowego zapatrywania na istotę trądu, przyczyniło się przeświadczenie o mylności pojęcia, że trąd rozszerza się przez dziedziczenie. Leczenie trądu osięga dotychczas tylko skutki łagodzące. Pod tym względem nie zmieniło stanu rzeczy leczenie trądu surowicą. Wobec nieuleczalności trądu, wobec oszpecenia, jakie on sprowadza, wobec ciężkich szkód społecznych, jakie on wyrządza — uważa konferencya berlińska, odpowiednio do swego przekonania o przyrzutowej istocie choroby, że odosabnianie jest jedynym, najszybszym środkiem, zmierzającym do stłumienia trądu, szczególnie, gdzie on jest rozpowszechniony ogniskowo lub nagminnie. Potwierdzenie tych zapatrywań znajduje konferencya w wynikach, jakie osiągnięto w Norwegii, przez odosobnianie trędowatych, ku czemu stworzono prawną podstawę do wykonania odosobniania także u tych chorych, którzy nie poddają się dobrowolnie obowiązkowi izolacyjnemu.

Kończąc tych kilka uwag o trądzie w krajach zajętych, słusznem jest podnieść wielkie zasługi, jakie na tem polu, tak mało dotychczas w Bośnii uprawianem, położył sumienny badacz trądu, radca Dr. Glück. Owocem pięcioletnich jego badań bakteryologicznych, histologicznych i klinicznych jest wzbogacenie literatury nadzwyczaj cennymi nabytkami naukowymi; przyklasnąć zatem należy oświadczeniu profesora Düringa, który uważa polskiego badacza za najznakomitszego leprologa przyszłości.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Kleinwächter: **Wichtige gynäkologische Heilfactoren.** (*Wiedeń.* 1898). (*Wiener klinik* I. 1898).

Z właściwą sobie znajomością historyi medycyny podaje autor, na początku pracy, pogląd na rozwój ginekologii i zaznacza dzisiejszy kierunek, odznaczający się wygórowaną dążnością do leczenia operacyjnego. Kierunek ten gani i przechodząc po kolei różne stany patologiczne, które dzisiaj bywają leczone operacyjnie, stara się wykazać, że granice, któreby należało zakreślić leczeniu operacyjnemu, przekraczają dzisiejsi operatorowie, i że wyniki pooperacyjne nie ziszczają bardzo często tego, czego się spodziewamy po dokonanych zabiegach. Osoby operowane podlegają po dłuższym przeciągu czasu napowrót tymsamym a często wzmożonym dolegliwościom, niejednokrotnie zaś nadto pojawiają się i nowe dolegliwości, które odnieść należy do dokonanego zabiegu operacyjnego. Wobec tego radzi autor ściślejsze określenie wskazań, a wogóle wstrzemięźliwość w kierunku operacyjnym, temwięcej, że innymi sposobami można bardzo wiele zdziałać i prowadzić skutecznie leczenie.

O różnych sposobach leczenia ginekologicznego wspomina autor po kolei, dorzucając swoje krytyczne uwagi, a główny kładzie nacisk na leczenie zdrojowokąpielowe, któremu poświęca połowę całej pracy.

Szczególniej podnosi wartość kąpieli żelezistych i borowinowych, obok picia wód żelezistych. Zastanawiając się nad działaniem tych czynników, przychodzi do przekonania, że sposób działania jest nam nieznany, że atoli codzienne doświadczenie poucza nas o świetnych wynikach, uzyskanych zapomocą tego leczenia, przyczem wspomina, że nie wszystkie klasy społeczne z niego korzystać mogą.

O ile autor, w pierwszej części, słusznie gani zbytnią pochopność do operacyj, o tyle zbyt przecenia wartość leczenia zdrojowo-kąpielowego. Poleca je w bardzo wielu stanach nieprawidłowych i między innemi n. p. stara się udowodnić, że zmiana taka jak tyłozgięcie macicy w niektórych przypadkach, pod wpływem zdrojowo-kąpielowego leczenia, w przodopochylenie prawidłowe dobrowolnie zamienić się może.

Chociaż na niektóre poglądy autora się nie godzimy i tak wszechstronnie tego leczenia polecać niemożemy, bodaj właśnie dlatego, że stosunkowo tylko mała garstka chorych z niego korzystać może, to tem chętniej zdajemy sprawę z jego pracy, że niejesteśmy zwolennikami zbyt pochopnego operowania w ginekologii, a obok innych sposobów nauczyliśmy się cenić wyniki leczenia zdrojowo-kąpielowego, jakie stwierdzamy codziennie u osób powracających z naszych krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych, które przyroda wyposażyła równie hojnie swemi bogactwami, jak i znane nam zakłady zagraniczne. *Dr. Kośmiński.*

Wassermann i Takaki. **O nowym sposobie uodporniania.** *W.* **„Ueber eine neue Art d. Künstl. Immunität".** *W.* i *T.* **Ueber tetanusantitoxische Eigensch. des norm. Centralnervensyst.** (*Berl. Klin. Woch.* 1898, Nr. 1.) *W.* **Weitere Mittheil. üb. d. Seitenketten. Immunität.** (*Berl. Klin. Woch.* 1898 Nr. 10). Punktem wyjścia dla doświadczeń Wassermanna była teorya Ehrlicha, t. zw. „Seitenketten-Theorie". (E ogłosił ją w swej pracy „Ueber d. Werthbemess. d. Diphterie-Heilserums"). E. przypuszcza, że dla zakażenia zwierzęcia jakim jadem, n. p. tężcowym, musi pewien rodzaj komórek być do tego usposobionym; więc w tym przypadku, komórki rdzenia wejść muszą jakby w połączenie chemiczne z jadem. W połączenie to wchodzi tylko cząstka komórki, którąto E. zwie „die toxophore Seitenkette". Cząstka ta odpada, a komórka odradza się na nowo. Sądzi dalej, że antytoksyny w tężcu, są to owe cząstki komórek rdzenia, które w ciągu sprawy uodpornienia jako „toxophore Seitenkette" od komórki się odrywają i pozostają w rozpuszczeniu.

Idąc za tą myślą przewodnią W., wraz z Drem Takaki, przeprowadzili na zwierzętach szereg doświadczeń, wśród których wstrzykiwali do żył myszom białym, na 24 godzin przed zakażeniem ich jadem tężcowym, zawiesinę z rdzenia lub mózgu zdrowych zwierząt, przyrządzoną z roztworem fizyologicznym soli kuchennej, — a potem dopiero szczepili tężec. Rozumowali przytem w ten sposób, że jeżeli pojęcie Ehrlicha o antytoksynach ma być słusznem, to jad tężcowy, mając tu sposobność łatwego i zupełnego nasycenia się z krążącymi we krwi pierwiastkami nerwowymi, pozostawi nietknięty układ nerwowy ośrodkowy danego zwierzęcia. Wynik doświadczeń był zdumiewający, gdyż potwier-

dził powyższe przypuszczenie; — zwierzęta zostawały przy życiu. W dalszych doświadczeniach przekonał się W., że wstrzykując wspomnianą zawiesinę, nawet w kilka godzin po dokonanem zakażeniu, udaje się jeszcze w ten sposób życie zwierzęcia uratować.

Nowy ten rodzaj uodporniania nazywa W. „Seitenketten-Immunität“, którego istota zatem, biorąc rzecz ogólnie, polegać będzie na wstrzyknięciu do ustroju pewnych pierwiastków tkankowych, do których dany jad ma szczególne jakoby powinowactwo, a to w celu, aby dać mu sposobność łatwego nasycenia się i zobojętnienia.

Dodać należy, że wśród swych doświadczeń przekonali się W. i T., że żaden inny narząd, prócz mózgu i rdzenia, nie posiada wobec tężca podobnych własności.

W dalszym ciągu udało się W. i T. sprowadzić uodpornienie wobec prątka durowego, przez wstrzykiwanie zawiesiny ze śledziony, szpiku, gruczołów chłonnych lub grasicy, pochodzących jednakże nie ze zwierząt zdrowych, gdyż wtedy skutku nie było, a tylko ze zwierząt, którym parę dni wcześniej wstrzyknięto prątki durowe, rzecz obojętna, żyjące, lub nieżywe.

Niezależnie od doświadczeń W. i T. ogłasza Behring (Deut. med. Woch. 1898), że Wernickemu udało się uodpornić zwierzęta, którym szczepiono wąglik, przez wstrzyknięcie tkanki śledzionowej. *Dr. B. Wojciechowski.*

Jellinek: **Siła barwna i zawartość żelaza we krwi.** (*Wien. klin. Woch.*, 1897, Nr. 47). Oznaczając siłę barwną hemometrem Fleischla, a zawartość żelaza ferometrem Jollesa, doszedł autor do wniosku, że obie te ilości nie idą ze sobą równolegle. Uwydatnia się to już przy badaniu krwi prawidłowej, przyczem można dostrzedz niezgodność w obu kierunkach, ale jeszcze więcej w stanach chorobowych. Przy rozmaitych rodzajach niedokrewności przyrząd Fleischla wykazuje zawartość mniejszą, jakby to odpowiadało ilości żelaza. Należałoby ztąd wyciągnąć wniosek, że hemoglobina mniejsza w tych razach posiada siłę barwną, albo, że żelazo znachodzi się częściowo w związku bezbarwnym. Podobnie po napadzie zimniczym ilość żelaza się nie zmienia, chociaż ilość hemoglobiny (Fleischlem) znacznie niekiedy opada. Uwolnione żelazo musiało utworzyć połączenie bezbarwne.

W innych przypadkach, n. p. przy plamicy (purpura haemorrhagica), stosunek jest odwrotny, widocznie istnieją tu barwiki nie zawierające żelaza. Zostały one już częściowo wykryte: luteina Thudichum i hidrobilirubina Malyego.

Lewkowicz.

Schlesinger: **Przyczynek do fizyologii pęcherza moczowego.** (*Wien klin. Woch.*, 1897, Nr. 47). Autor opisuje dwa zajmujące przypadki. W jednym, u 61-letniej kobiety, rak kręgosłupa (12-go kręgu piersiowego i 1-go lędźwiowego) przeszedł na rdzeń i zniszczył całkowicie grzbietową część 4-go odcinka krzyżowego. (Rdzeń, jak wiadomo kończy się już na wysokości 1-go, albo 2-go kręgu lędźwiowego). Za życia istniały objawy zupełnego porażenia pęcherza, tak co do wydalania, jak i zatrzymywania moczu, ciągłe odchodzenie moczu kroplami, brak poczucia napełnienia się pęcherza, znieczulenie jego błony śluzowej. Ośrodek pęcherza musi zatem leżeć w 4 tym odcinku krzyżowym rdzenia. W dalszym przebiegu wystąpiły jeszcze zaburzenia czynnościowe ze strony kiszki odchodowej i znieczulenie skóry na międzykroczu i zewnętrznych częściach płciowych.

W drugim przypadku chodziło o przerzut mięsakowy, który zniszczył 3-ci i 4-ty odcinek krzyżowy rdzenia, ale tylko po jednej stronie. Za życia były tylko objawy zwolnienia czynności odruchowych i skurcz zdziergacza cewki, potrzeba napierania przy oddawaniu moczu, podobnie zaparcie stolca. Czucie pęcherza i poczucie jego pełności było zachowane i nie było mimowolnego oddawania moczu. Widocznie nieparzysty narząd, jakim jest pęcherz, posiada parzysty ośrodek, którego obie połowy mogą się wzajemnie zastępować w czynnościach, a obie połowy rdzenia, zapomocą włókien czuciowych, stoją w związku z całym pęcherzem moczowym. *Lewkowicz.*

Dr. A. Mannaberg: **Przyczynek do kazuistyki wielokrotnych ran postrzałowych jelita cienkiego.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie* XX. 2). 40-letnia zarobnica przywieziona została do kliniki Wölflera z raną postrzałową, drążącą brzucha, zadaną przypadkiem przed paroma godzinami. Rana wejścia pocisku usadowiona była na prawo od linii środkowej ciała i poniżej poziomej, przechodzącej przez pępek. Miejsca wylotu nie znaleziono. Natychmiast otworzono jamę brzuszną. W małej miednicy znaleziono około $1^1/_2$ litra krwi zmięszanej z resztkami pokarmów. Jelito cienkie (biodrowe), w dolnym odcinku, 17 razy przedziurawione. Wszystkie otwory pozaszywano, krew kompresami wymaczano i szybko zamknięto jamę brzuszną. Operacya trwała $2^1/_2$ godziny. Po 5 tygodniach wypisano chorą z kliniki, jako zupełnie zdrową.

Herman.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 marca 1898 r.

Przewodniczący: kol. Machek. — Członków obecnych 43.

1. Przewodniczący przedstawił nowego członka Sekcyi, kol. Dra Tadeusza Fechtera

2. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Szulisławski przedstawił 3 przypadki operowanych z powodu zaćmy powikłanej w następstwie zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (cataracta compl. accreta). Osiągnięcie dobrego wyniku było możliwem tylko po kilkakrotnem wykonaniu wycięcia tęczówki tak, że każdy z chorych kilkakrotnie był operowanym.

W dyskusyi przemawiał kol. Machek.

4. Kol. prof. Rydygier przedstawił chorego, któremu, sposobem, podanym przez kol. Macheka, pokrył ubytek skóry po wrzodzie goleniowym płatkiem całkowicie okrojonym, trzymającym się tylko na tkance podskórnej, a przesuniętym pod mostkiem skóry, przytykającym do ubytku. Wynik przeszczepienia jest zupełnie pomyślny.

W dyskusyi zabierał głos kol. Machek, dziękując prelegentowi za wykonanie tej próby.

5. Kol. Skałkowski mówił: „O poronieniu i jego szczególniejszym przebiegu“, przedstawiając ciekawsze dotyczące preparaty (Odczyt kol. Skałkowskiego będzie ogłoszony w całości).

Po nakreśleniu całego przebiegu poronienia, z uwzględnieniem danych embryologicznych, oraz zapatrywań na właściwe przyczyny, powodujące wydalenie jaja płodowego z macicy, przedstawił prelegent zasady, któremi się kieruje w leczeniu odpowiednich przypadków.

Nad odczytem kol. Skałkowskiego wywiązała się ożywiona dyskusya. Pierwszy zabrał głos kol. Bylicki:

Kol. Skałkowski w swoim wykładzie o poronieniu podnosi i sprawy do tego tematu, mojem zdaniem, nie należące, mianowicie, teorye odnoszące się do przyczyn rozpoczęcia się porodu w prawidłowym terminie. Ponieważ zaś napomknął o teoryi Hassego, a nie powiedział na czem ona polega, zatem pozwolę sobie tę część wykładu uzupełnić, gdyż obecnie ta teorya, jako ugruntowana na zmianach anatomicznych i na sprawach fizyologicznych, ma najwięcej zwolenników.

Przyczyną porodu jest osiągnięta dojrzałość płodu, albowiem w miarę jego dojrzewania, płodowe połączenia naczyniowe się zwężają, a mianowicie: żylny przewód Arantiusa, otwór międzyprzedsionkowy przez wzrastanie zastawki i przewód tętniczy Botalla. Przez zwężanie się przewodu Arantiusa, nie może już żyła pępowinowa, prowadząca tętniczą krew do płodu, opróżniać się w tak przeważnej ilości do głównej żyły dolnej (Vena cava inf.) jak to poprzednio czyniła, lecz pewna część krwi musi zboczyć i przez żyłę bramną (Vena portae) wykonać krążenie wątrobowe; przez wzrost zastawki międzyprzedsionkowej mniejsza ilość krwi dostaje się wprost z przedsionka prawego do lewego, a znaczna jej część, musi zboczyć do komórki prawej i ztąd do tętnicy płucnej; przez zwężenie zaś przewodu Botalla nie może krew z tętnicy płucnej w tak znacznej jak poprzednio ilości opróżniać się do aorty.

Z powyższych danych wnioskuje Hasse, że ku końcowi ciąży

aorta płodu i tętnice pępowinowe, doprowadzają łożysku krew znacznie obfitszą w kwas węglowy. Gdy zaś wiemy, że krew obfitująca w CO_2 a raczej uboga w tlen, działa pobudzająco na mięśnie gładkie, to w tej okoliczności należy upatrywać przyczynę porodu. Hasse podnosi przytem, że prócz braku tlenu mogą jako bodźce dla ośrodków nerwowych działać i inne produkta wstecznej przemiany materyi, których przybywa w miarę dojrzewania płodu tak, że ustrój matczyny nie jest w stanie ich się pozbyć.

Jeżeli w ten sposób wywołane kurcze macicy dokonają tylko odklejenia się dolnego odcinka jaja płodowego, to bóle już trwają dalej, jak tego uczą doświadczenia z wywołaniem przedwczesnego porodu.

Co do unerwienia macicy, to wiemy z badań Frankenhäusera, że zwój szyjny (ganglion cervicale) zawiera w sobie gałązki, pochodzące z ośrodków mózgordzeniowych i spółczulnych, a doświadczenia na zwierzętach dokonane wykazują, że skurcze macicy mogą wywołać tak drażnienia części mózgu, jak móżdżku, rdzenia przedłużonego i pacierzowego. Z drugiej strony wykazał Rein na sukach, że w macicy, odłączonej zupełnie od ośrodków nerwowych, następuje prawidłowa ciąża i poród, co dowodziłoby, że macica musi w swem utkaniu posiadać własne ośrodki ruchowe.

Wracając do tematu właściwego, muszę dodać, że nie jestem zwolennikiem zbyt czynnego postępowania wobec poronień i ograniczam się na tamowaniu krwotoku. Jajo płodowe zaś usuwam dopiero wówczas, gdy się to ręcznie daje uskutecznić. (Autoreferat).

Kol. prof. R y d y g i e r wskazał na znaczenie, oraz przytoczył zapatrywania na poronienie kobiet starego testamentu i wogóle czasów starożytnych.

Kol. prof. G l u z i ń s k i nadmienił, że między przyczynami usposabiającemi do poronień wspomniał kol. prelegent i o chorobach zakaźnych. Które z nich wywołują poronienia częściej, a które rzadziej, tego na pewne powiedzieć nie można. Doświadczenie jednak pouczyło mnie, że częściej przydarza się to przy zapaleniu płuc włóknikowem i durze osutkowym, niż n. p. przy durze brzusznym. Dalsze spostrzeżenie zrobiłem takie, że choroby zakaźne tem prędzej wywołują poronienie, im w późniejszym okresie ciąży one występują; przytem wysokość gorączki nie odgrywa tu głównej roli; owszem często mimo bardzo wysokiej ciepłoty poronienie nie występuje. Chore zakaźne znoszą zwykle poronienie dziwnie dobrze i nieczęsto tylko widywałem septyczne zakażenia.

Co do zdania kol. Skałkowskiego, że prawie wszędzie, gdzie przy poronieniu zastajemy gorączkę, mamy do czynienia z »abortus criminalis«, to muszę zwrócić uwagę, że widywałem przypadki, gdzie »abortus criminalis« był wykluczonym, żadnego źródła gorączki nie można było wykryć, a ostatecznie przyczyna znajdowała się pod postacią zapalenia łożyska (placentitis).

W dalszym ciągu przemawiali jeszcze koll. F e s t e n b u r g (rozstrząsając sprawę, kiedy należy się spodziewać, że poronieniu można jeszcze zapobiedz), Sołowij, Bylicki, Obtułowicz, Hojnacki i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VI. Zbrodniarze zwyrodniali a Sądy karne [1].

Podał

Dr. W. Jasiński.

Sposobu, w jaki sądy ze zwyrodniałymi zbrodniarzami postępują, nie można nazwać odpowiednim, bo postępowanie to nie uwzględnia ani indywidualności zbrodniarzy, ani bezpieczeństwa publicznego. Sądy nie uwzględniają tych rzeczy dlatego, bo nie zapatrują się na zwyrodniałych zbrodniarzy z takiego stanowiska, z jakiego na nich zapatrywać się należy. Dzisiejsze sądy zapatrują się na czyny zbrodniarzy jeszcze ze stanowiska dawniejszej, a mianowicie średniowiecznej filozofii, która uczyła, że człowiek jest obdarzony wolą wolną.

Nowoczesna filozofia uczy jednak, że wola ludzka podlega tak samo, jak wszystko inne na świecie, prawu przyczynowości (dem Gesetze der Causalitaet). Człowiek może wprawdzie dowolnie wybierać pomiędzy motywami działającymi na jego wolę, ale ostateczny wynik tego wyboru zawisł od indywidualnej właściwości oddziaływania na motywa, czyli jednem słowem od charakteru. Ten zaś zawisł, jak wiadomo, głównie od dziedziczności, od jakości wychowania i od wpływu otoczenia. Ludzie charakteru prawego wybierają i uwzględniają, obok egoistycznych, także motywa etyczne i altruistyczne; ludzie zaś źli, a takimi są zbrodniarze zwyrodniali, kierują się tylko motywami egoistycznymi. Te działają tak silnie, że nawet tak potężny motyw przeciwny, jakim jest obawa przed zagrożoną karą, nie zdoła tu nic zmienić. Są zresztą zbrodniarze, a tyczy się to mianowicie rozbójników, którzy absolutnie nie są w stanie zastanawiać się nad tem, co czynią; lecz działają popędowo, a więc na sposób drapieżnych zwierząt.

Na zbrodniarzy należy tedy zapatrywać się nie ze stanowiska metafizyki scholastycznej, lecz ze stanowiska nauk pozytywnych, a mianowicie ze stanowiska socyologii, która uczy, że sprawiedliwość i bezpieczeństwo są najgłówniejszemi podstawami ustroju społecznego, i ze stanowiska antropologii kryminalnej, która rozbiera i bada indywidualność zbrodniarza klinicznie, t. j. według ścisłych metod nauk przyrodniczych.

Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że dzisiejsze postępowanie ze zbrodniarzami jest o wiele odpowiedniejszem, niż było w czasach dawniejszych. Dawniej bowiem używano tortury, a więc środka, który dziś nazywamy barbarzyńskim; ale za jakich sto lat postąpią ludzie w cywilizacyi znowu o tyle, że będą także dzisiejsze obchodzenie się ze zbrodniarzami nazywać barbarzyńskiem i to zupełnie słusznie. Bo czyż n. p. odcinanie głowy, albo duszenie stryczkiem nie jest barbarzyństwem, zwłaszcza, jeżeli uwzględnimy, że jednostki, z któremi tak postępujemy, działają, jak uczy antropologia kryminalna, najczęściej pod wpływem czynników, niezawisłych od ich woli.

Kara śmierci jest jeszcze i z tego powodu barbarzyństwem, bo sprowadza zanik uczuć szlachetniejszych, a ta pociąga za sobą rodzaj zdemoralizowania u osób, mających z tą rzeczą do czynienia.

Jest tedy faktem, że tegoczesne sądy nie postępują ze zbrodniarzami tak, jak potrzeba. Powodem tego jest teraźniejsza zasada ustawy karnej. Zasadą tą jest „k a r a ć“. Z tego, com powiedział wyżej, wynika, że zasada ta nie jest sprawiedliwą wobec zbrodniarzy zwyrodniałych. Bo jeżeli pewne indywiduum popełnia zbrodnię dlatego, że jest albo dziedzicznie obciążone, albo pozostaje pod wpływem złego wychowania i złego otoczenia, toć powiada zwykły rozum ludzki, że takiego indywiduum nie należy karać, lecz uczynić nieszkodliwem i głównie o to idzie społeczeństwu. Przypuśćmy jednak, że kara ma być właśnie środkiem do tego celu. W takim razie należy karać tak, ażeby ten cel osiągać. Dzisiejsze postępowanie ze zbrodniarzami najczęściej nietylko nie osiąga tego celu, ale nawet powiększa niebezpieczeństwo publiczne; bo sąd puszcza podsądnego na wolność, jeżeli przysięgli orzekną, że on jest niewinny. Na następstwa tego kroku nie oglądają się sądy, i nie mogą się oglądać, chociaż wiedzą z doświadczenia, że następstwa te są dla społeczeństwa fatalne, jeżeli indywiduum puszczone na wolność, jest zwyrodniałe. W takim razie popełnia to indywiduum zwykle nowe zbrodnie, i popełnia ich nieraz cały szereg, zanim się znowu dostanie w ręce Sądu.

Jeszcze więcej cierpi bezpieczeństwo publiczne wtedy, jeżeli przysięgli orzekną, że podsądny jest winny, a skutkiem tego zostanie on zamknięty na kilka lat w więzieniu. Więzienia bowiem są, jak uczy doświadczenie, prawdziwemi wszechnicami dla zbrodniarzy. Zbrodniarz dostawszy się na taką wszechnicę, żyje tam pośród innych zbrodniarzy i obcuje z nimi ustawicznie. Skutkiem tego wyrabia się on na artystę w swoim zawodzie. Jako taki artysta jest on dla społeczeństwa jeszcze niebezpieczniejszym, niż był przedtem. Pomimo to, po ukończeniu kary, wypuszczają go na wol-

[1]) Rzecz wygłoszona 11-go lutego r. b. na naukowem posiedzeniu lekarzy lwowskich.

ność, t. j. wtrącają napowrót w społeczeństwo. Do takich następstw prowadzi teraźniejsza zasada sądów karnych. W przyszłości, gdy sądy te będą się kierować zasadą praktyczną, t. j. względami na bezpieczeństwo publiczne, będą one niebezpiecznych zbrodniarzy nietylko nie wypuszczać na wolność, ale zaprowadzą nawet tak zwane prewentywne postępowanie t. j. jeżeli sąd otrzyma doniesienie, że pewne indywiduum jest z natury złem, gwałtownem i leniwem, że jest oprócz tego skłonnem do nadużywania napojów wyskokowych i lubi obcować tylko z ludźmi złymi, jeżeli następnie badanie tego indywiduum wykaże, że takowe jest zwyrodniałem, natenczas będzie sąd obowiązany uczynić indywiduum to zawczasu nieszkodliwem, t. j. odosobnić je od społeczeństwa.

Wspomnianą zwyrodniałość będą sędziowie poznawać według nauki antropologii kryminalnej, a ztąd wynika, że przedmiot ten będzie musiał być obowiązkowym na wydziałach prawniczych. Antropologia kryminalna jest dla prawników jeszcze i z tego względu pożyteczną, że uczy myśleć ściśle i rozumować krytycznie. Sędzia zaś musi umieć rozumować krytycznie, bo inaczej wyroki jego będą czynić zadość tylko formalności prawa, nie zaś idei sprawiedliwości.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jeszcze w sprawie Sekcyi prasowej na zjeździe poznańskim.

Chociaż w sprawie utworzenia Sekcyi prasowej na Zjeździe poznańskim dotąd ani Poznań, ani Warszawa głosu nie zabrały, to jednak pojawienie się uwag Dra Biernackiego i Dra Janowskiego (w marcowych zeszytach „Nowin lekarskich“ i „Krytyki“) o naszym ruchu wydawniczym, zdaje się przemawiać na korzyść podjętej myśli. Obie te rozprawy, aczkolwiek jedna opiera się głównie na stosunkach, istniejących w Warszawie, a druga odnosi się głównie tylko do jednej strony naszego piśmiennictwa, poruszają jednak tyle zagadnień ogólniejszego znaczenia, że powinnyby wywołać wymianę zdań. Zdaje mi się zaś, że najłatwiej i najprędzej powiodłoby się rozwiązać nasuwające się pytania zapomocą ustnego porozumienia.

Dlatego też, nie zabierając na teraz miejsca w „Przeglądzie“rozbiorem uwag kolegów Dra Biernackiego i Dra Janowskiego, chciałbym natomiast zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę, którą poprzednio pominąłem, a którą Sekcya prasowa zdołałaby może wprowadzić na dobre tory. W roku ubiegłym poruszyliśmy w Krakowie myśl zaopatrywania w sprawozdania z polskiego piśmiennictwa lekarskiego wszystkich tych zagranicznych czasopism, w których dział sprawozdawczy stoi na pierwszem miejscu, a których nawet po kilka znaleźć można w każdym odrębnym dziale nauk lekarskich (pod nazwą zwykle „Centralblattów“). Dotychczas, dzięki zabiegliwości swego przewodniczącego, zaopatrywała w takie streszczenia „Roczniki Virchow-Hirscha“ odrębna komisya krakowskiego Towarz. lekar.; po za tem niektóre tylko z czasopism zagranicznych mają stałych swoich polskich sprawozdawców, większa zaś ich część pomija milczeniem nasza naukową działalność. Zdaje mi się, że nie potrzeba wykazywać pożytku, jakibyśmy ze zmiany tych stosunków odnieść mogli, ani dowodzić, że zmiana ta od nas tylko zależy. Jednakże zdaje się, że stworzenie jednolitego i powszechnego ruchu sprawozdawczego z naszego piśmiennictwa, dla wszystkich ważniejszych wydawnictw zagranicznych, nie jest w Krakowie wykonalne, naprzód dlatego, że brak nam dostatecznej liczby pracowników, a powtóre, ponieważ z działającymi sprawozdawcami stałymi, zamieszkałymi poza Galicyą, należałoby się koniecznie porozumieć i stwierdzić, kto i gdzie już pisze sprawozdania. Zdaje mi się, że całą tę sprawę mogłaby szybko i dobrze załatwić Sekcya prasowa, zapewniając zarazem przyszłym sprawozdawcom regularny dopływ materyału ze strony naszych wydawnictw (stałe przesyłanie odbitek prac z pewnego działu).

Przy sposobności chciałbym jeszcze wspomnieć o innej sprawie, mogącej obchodzić nasze piśmiennictwo, choć nie mogłaby ona już zaprzątać Sekcyi prasowej, a należy tylko do prywatnego niejako zakresu naszych czasopism. Znaną jest powszechnie jedyna może w swoim rodzaju bibliografia lekarska, wydawana od r. 1880 w Waszyngtonie pod tyt.: „Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's office United States Army“. Nie wszystkim może jednak wiadomo, że po ukończeniu pierwszego cyklu, obecnie wychodzi druga serya, dotychczas doprowadzona do litery B. W pierwszej seryi było piśmiennictwo nasze stosunkowo bardzo dobrze uwzględnione; wydawcy rozporządzali większością naszych czasopism (z dawniejszych nie znajdują się w spisie: „Klinika“, Tygodnik lekarski“, i „Rocznik Wydziału lek. krak.“); z nowszych czasopism (oprócz oczywiście najmłodszych: „Przeglądu dentystycznego“ i „Krytyki“) niema w spisie głównym, ani w spisach uzupełniających, siedmiu z pomiędzy 18, wyliczonych przez kol. Dra Janowskiego (brakuje mianowicie „Przeglądu chirurgicznego“, „weterynarskiego i „farmaceutycznego, „Nowin lekarskich“, „Rocznika Tow. ginek. krak.“ i „Wydawnictwa dzieł lek.“, oraz „Odczytów klin.“); zdaje się zaś, że i w przytoczonych w spisie czasopismach znaczne muszą być luki, ponieważ n. p. pod nazwiskiem Biernacki przytoczono tylko jedną niemiecką pracę Dra E. Biernackiego z r. 1896; pod nazwiskiem Brunner, również tylko jedną niemiecką pracę Dra Wład. Brunnera z r. 1889 i t. p.; a wielu polskich nazwisk brakuje zupełnie, jeżeli autorowie nie wydali swych prac także po niemiecku, po francusku lub po angielsku. Niewiem, w jaki sposób wydawcy amerykańscy rozporządzali dawniej naszem piśmiennictwem; przypuszczam, że działo się to z naszym udziałem. Byłoby wielką szkodą, gdyby nasze piśmiennictwo miało nadal zniknąć z „Index-Catalogue“, dlatego pragnąłbym zwrócić na tę sprawę uwagę tych, którym znane były dawniejsze nasze stosunki z wydawcami bibliografii, aby stosunki te nanowo można przywrócić.

Paryż w Marcu 1898 r.

Ciechanowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 7 Kwietnia.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu:

Mocą uchwały Komitetu przygotowującego VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas Zjazdu Wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlenie. 3) Wentylacya. 4) Wodociągi i kanalizacya. 5) Łazienki. 6) Desinfekcya. 7) Gimnastyka lecznicza itd. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fizyologia. 3) Psycho-fizyologia. 4) Patologia: a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka etc.). 8) Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać, najpóźniej do 1 czerwca roku bieżącego, na ręce p. Dr. Drobnika, Poznań, św. Marcin Nr. 79.

Na życzenie wysyła się drukowane warunki i przepisy dla wystawców.

Komitet wystawowy odbywa obecnie co tydzień regularne posiedzenia. Zgłaszający się mogą więc liczyć z pewnością na rychłą odpowiedź.

W imieniu Sekcyi wystawowej:

Dr. Tomasz Drobnik. Witold Zakrzewski, inżynier.

* Do dnia dzisiejszego zapowiedziano następujące odczyty na Zjeździe poznańskim:

1) Prof. Kostanecki z Krakowa: »O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii«. 2) Natanson z Krakowa (temat zastrzeżony). 3) Prof. Rydygier ze Lwowa: »O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae)«. »Wskazanie do uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej«. »O nowotworach pęcherza z demonstracyą«. »Jeszcze kilka słów o tak zw. *coxa vera*«. 4) Dr. Sędziak z Warszawy: »Uwagi w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani«. 5) Dr. Fabian z Warszawy: »Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie«. 6) Dr. Wróblewski z Krakowa (3 tematy zastrzeżone). 7) Dr. Arnstein z Kutna Ciechocinka: »O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczym tego środka«. »60 przypadków rwy kulszowej (ischias) leczonych w Ciechocinku«. 8) Dr. Jaruntowski z Poznania: »Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc«. 9) Dr. Ołtuszewski z Warszawy. »Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii«. 10) Dr. Białobrzeski z Warszawy: »O heminie i hematynie«. »O desinfekcyjnych własnościach formaliny«. 11) Dr. Zaremba z Wrocławia: »Stanowisko umysłowo chorych w wiekach średnich«. 12) Dr. Oświecimski z Katowic; a) »O działania »stypticyny«. b) »O terapii *endometritis chronica*«. 13) Prof. Bujwid z Krakowa: »O stosowaniu tuberkuliny u bydła w celu usunięcia gruźlicy. 14) Józef Ziemba z Władykaukazu: a) »Płody kopalne Kaukazu«. b) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii«. 15) Dr. M. Raciborski z Kagok-Tegal (Jawa): »Roślinnośc kraterów wulkanów jawańskich«. 16) Dr. Seyda z Wrocławia: »O środkach zastępujących u niemowląt pokarm macierzyński«. 2) »Pogląd na stan obecny oceny, czy woda zdatna do picia lub do celów użytkowych«.

* „Wiener Ztg." donosi: Cesarz mianował docenta Dra Władysława Reissa profesorem nadzwyczajnym chorób skórnych w Uniw. Jagiellońskim.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego i nadał Drowi Romanowi Barączowi stanowisko docenta chirurgii w Uniwersytecie lwowskim.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych, w dniu 1-go kwietnia b. r. odbytem,

1) Dr. Żydłowicz przedstawił:

a) chorego na zgorzel skóry prącia;

b) na zapalenie kiłowe stawu biodrowego;

c) chorego z „endarteriitis obliterans syphilitica".

2) Dr. Sędzimir przedstawił i objaśnił nowy własnego pomysłu sterylizator, do wyjaławiania drobnych przyborów opatrunkowych.

3) Dr. Dziewoński przedstawił chorą po resekcyi nerwu piszczelowego, wykonanej z powodu mięsaka tego nerwu.

4) Dr. Dika przedstawił wyniki leczenia wrzodów podudzia opatrunkami żelatynowoklejowymi i objaśnił sposób zakładania tych opasek.

* C. k. Zakład do badania środków spożywczych, otwarty w Krakowie na mocy rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych dnia 1-go grudnia r. z., wykonał do końca lutego 59 rozbiorów rozmaitych produktów. Najwięcej dokonano prób wody, mianowicie 16 badań chemicznych i 6 bakteryologicznych. Przeważnie znaleziono wodę złą, do użytku niezdatną (najwięcej tych badań podjęto dla starostw, w celu udzielenia zezwolenia na otwarcie fabryki wody sodowej) Badań herbaty wykonano 11, z tych w 4-ch znaleziono zafałszowanie. Na 10 prób wina, 6 było zafałszowanych. Badano również wódkę, kawę, czekoladę, mąkę, chleb, otręby, cukier, szynkę, lód.

Najwięcej prób wykonano na żądanie władz (sądy, starostwa), w celu wykrycia zafałszowań, lub wydania orzeczeń na uzyskanie prawa wyrobu. Niemniej miały miejsce badania i dla osób prywatnych, w celu wypróbowania wartości produktów.

Dla dokładnego obznajomienia się ze sposobami badania wina, na wniosek Dyrektora Zakładu, zezwolił minister spraw wewnętrznych asystentowi zakładu, p. J. Buraczewskiemu, na przeprowadzenie studyów w Kloster-Neuburgu (Stacya doświadczalna badania wina).

* Dzienniki donoszą, że władza zatwierdziła ustawę mającego się zawiązać w Warszawie Towarzystwa higienicznego.

* Kierownictwo zakładu wodoleczniczego „Goplana" w Ojcowie obejmuje od 15 kwietnia Dr. Stanisław Niedzielski.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniwer. Jagiell. otrzymali: Stanisław Maszewski, Adolf Perlmutter, Jan Markiewicz, Mieczysław Sołtysik i Hipolit Trembecki. Stopień doktora medycyny w Uniw. warszawskim otrzymał Zdzisław Dmochowski, po obronieniu publicznem rozprawy: „Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora".

Mianowani: Dr. Mieczysław Sołtysik — sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie. Dr. Rudolf Gottlieb — profesorem farmakologii w Hejdelbergu po zmarłym prof. Schröderze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leopold Sawicki, lat 70, w Warszawie. Dr. Stricker, profesor patologii ogólnej, w Wiedniu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Zdrowiu* Nr. 151: Artykuł wstępny. Dra Bartoszewicza St.: Zarys organizacyi medycyny ziemskiej w Rosyi. Dra Buszka J.: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za r. 1896 (c. d.). Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 14: Dra Janowskiego Wł.: Przypadek pierwotnego dwustronnego ropnego zapalenia nadnercza. Dra Heimana T.: O utracie słuchu postępującej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 14: Dra Wrześniowskiego Wł.: Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu. Cięcie cesarkie. Wyzdrowienie. Dra Goldenberga A.: Stosunek między stanem krtani a gwizdaniem. W *Nowinach lekarskich* Nr. 4: Dra Zakrzewskiego Fr.: O przewlekłem zaparciu stolca. Dr. Szumana St.: Przyczynek do etyologii ostrego rozszerzenia serca. Dra Krokiewicza A.: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Sterling S.: Ueber die Elsner'sche Metode des Nachweises der Typhusbacillen. 1898.

— Dr. Kahane M.: Ueber Erkrakungen des Nervensystems bei Gonorrhoe. Lipsk, 1898.

— Dr. Piątkowski M.: Ueber die therapeutische Wirkung des Kalkes und insbesondere der Hauptquelle des Krynicaer Wassers auf den Verlauf der chronischen Magenkrankheiten. Wiedeń, 1898.

— Dr. Drzewiecki Józef: Mięso czy pokarmy roślinne? Warszawa, 1898.

— Odczyty kliniczne (Nr. 109, 110, 111): Choroba Potta przez M. Denuce'go. Warszawa. 1898.

— Prof. Dr. Finger: Ueber das Protargol als Antigonorrhoicum. Wiedeń, 1898.

— Prof. Penzold i prof. Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. (Zeszyt IX-ty i X-ty. Nakładca Gustaw Fischer. Jena, 1898).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**